



Universidad Nacional Autónoma de México



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EMBARAZO Y SALUD BUCAL: CONOCIMIENTOS Y
ACTITUDES. INPer. 2006**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A:

DAVID PACHECO AGUILAR

DIRECTORA: CD. MIRIAM ORTEGA MALDONADO

ASESOR: CD. ALBERTO ZELOCUATECATL AGUILAR

MÉXICO D. F.

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**A
DIOS**

**A
ARACELI**

**A
ANAYENSI
JOEL
SELENE**

**A
MAMÀ Y PAPÀ**

**A
MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS**

**A
MARIA Y JORGE**

**A
LA UNAM**

**A
DIRECTIVOS, ACADÉMICOS, ADMINISTRATIVOS Y TODO EL PERSONAL
DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.**

GRACIAS

INDICE

1. INTRODUCCION.	5
2. ANTECEDENTES.	6
2.1 EMBARAZO.	6
2.2 MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO	8
2.3 EMBARAZO Y SALUD BUCAL.	11
2.4 INDICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE MEDICAMENTOS USADOS EN LA PRÁCTICA DENTAL.	16
2.5 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO	20
2.6 CREENCIAS Y ACTITUDES EN LA PRÁCTICA DENTAL.	23
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	25
4. JUSTIFICACION.	28
5. OBJETIVO GENERAL	31
5.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.	32
6. MATERIAL Y METODOS.	32
6.1 TIPO DE ESTUDIO.	32
6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO.	32
6.3 MUESTRA.	32
6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	32
6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	32
6.6 VARIABLES DE ESTUDIO.	33
6.7 OPERACIONALIZACION Y CONCEPTUALIZACION DE LOS VALORES.	33
6.8 RECURSOS.	34
6.8.1 Recursos Humanos.	34
6.8.2 Recursos materiales.	34
6.8.3 Recursos financieros.	34

6.9 PLAN DE ANÁLISIS.	34
7. RESULTADOS.	35
8. CONCLUSIONES.	41
9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.	42

1. INTRODUCCIÓN

Es posible que haya escuchado que se pierde un diente por cada embarazo o que su bebé en desarrollo tomará el calcio que necesite de sus dientes. Ambos son creencias; sin embargo, señalan hacia la necesidad de un buen cuidado dental y una buena nutrición durante el embarazo.

La pérdida de dientes que ocurre en ocasiones durante su embarazo usualmente es el resultado de degeneración dental o enfermedades de las encías. Durante el embarazo, las mujeres son más propensas a ambas condiciones por una variedad de razones.

Los pensamientos o creencias son característicos de las culturas propias de cada país, en el presente trabajo se indaga sobre las bases científicas de esas creencias y que tan ciertas o alejadas de la realidad están, todo esto aunado a la poca información que se le da a la mujer embarazada con respecto a su salud bucal y al desarrollo y nutrición del bebe que esperan.

El objetivo de este estudio es el cuantificar por medio de la aplicación de cuestionarios a las mujeres embarazadas para medir como las creencias están afectando o no, las actitudes que ellas toman con respecto a la atención dental, y si ellas creen o no que los tratamientos dentales pueden dañar su salud o la de su bebe. A pesar de que la secretaria de salud del gobierno mexicano contempla a la mujer embarazada de una forma especial, nos podemos dar cuenta que en cuanto a salud bucal se refiere, falta mucho por enseñar y difundir y que será necesario en un futuro próximo el implementar programas de educación para la salud bucal en la mujer embarazada que traten de disminuir o de concienciar a este grupo de la población en cuanto a la importancia que tiene para ellas una salud bucal.

2. ANTECEDENTES

El embarazo es un estado que encierra cambios biológicos, psicológicos y sociales en varias esferas de la mujer. Dentro de los cuáles se encuentran los cambios relacionados con la cavidad bucal, los cuales pueden repercutir en la salud general de la mujer embarazada.

2.1 Embarazo



La definición de embarazo aceptada por la gran mayoría de los profesionales de la salud sería la siguiente: Es el periodo de tiempo comprendido desde la fecundación del ovulo, hasta el parto. Ha sido llamado también gestación, preñez, etc.¹

El embarazo comienza cuando el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo de una mujer y este óvulo se implanta en la pared del útero. Durante este período, hasta el parto, suceden una serie de acontecimientos totalmente nuevos llamados gestación o embarazo, los cuales pueden llevar consigo la perturbación de la salud bucal de la futura mamá.¹

El primer signo de la gestación y la principal razón por la que consultan las mujeres embarazadas es la desaparición de la menstruación. Si los ciclos menstruales de la paciente son habitualmente regulares y es sexualmente activa, el retraso de la menstruación de más de 1 semana es indicativo de presunto embarazo.^{1,2}

La modificación en el organismo de la mujer, como por ejemplo, las transformaciones fisiológicas y psicológicas, son evidentes, y tienen como finalidad preparar al cuerpo para albergar al nuevo ser, por lo tanto, los cambios bucales no son excluidos de este fenómeno.^{1,2,3}

La mujer puede referir náuseas con vómitos ocasionales y congestión mamaria. Éste es causado principalmente por el aumento de los niveles de estrógenos y también por el incremento de la progesterona y es una exageración o ampliación de la congestión mamaria premenstrual. Las náuseas y vómitos pueden ser secundarios a la Hormona Gonadotropina Coriónica (HGC) y a los estrógenos producidos por las células sincitiales de la placenta en cantidad creciente a partir del décimo día tras la fertilización. El cuerpo lúteo del ovario es estimulado por la HGC para continuar secretando niveles elevados de estrógenos y progesterona y mantener la gestación. Muchas mujeres experimentan fatiga a partir de este momento y, en algunos casos, pueden notar agrandamiento abdominal (distensión) muy precozmente.^{1, 2, 3,4}

La gestación suele fecharse en semanas comenzando desde el primer día de la última menstruación, (aunque la mayoría de las mujeres embarazadas llevan un conteo basado en meses o en trimestres de gestación). Por ello, si las reglas de la paciente eran regulares con la ovulación en el día 14 del ciclo, las fechas obstétricas son aproximadamente 2 semanas más prolongadas que las fechas embriológicas.^{3, 4,5}

Se considera que la gestación dura 266 días desde el momento de la concepción o 280 días desde el primer día de la última menstruación si los ciclos tienen una regularidad de 28 días.^{1,4}

La mujer gestante se denomina **grávida**. La **paridad** describe el resultado del embarazo y se refiere a los partos después de las 20 semanas, El **aborto** define las pérdidas fetales o embrionarias antes de las 20 semanas .La suma de partos y abortos es igual a la gravidez. ^{1, 2}

2.2 MODIFICACIONES FISIOLÓGICAS DURANTE EL EMBARAZO



La mujer embarazada sufre cambios fisiológicos, los cuales, muchas veces pasan inadvertidos. A continuación mencionaremos algunos de ellos.

- Modificaciones cardíacas
 - Gasto cardíaco: se ve aumentado, alcanzando su máximo en las semanas 28 y 32. La primera etapa se debe al aumento de volumen de eyección, luego se debe a la taquicardia.
 - Frecuencia cardíaca: va aumentando progresivamente hasta la semana 30, luego comienza a descender.
 - Volumen sanguíneo: aumenta hasta el segundo trimestre por aumento de la circulación y vasos a nivel del útero y circulación placentaria y del feto.
 - Presión arterial: disminuye, porque la resistencia periférica es menor durante este periodo debido a cambios físico-químicos. Al final del embarazo sube y después del embarazo es normal.
 - Presión venosa: (2º y 3º trimestre) aumentada porque el crecimiento del útero presiona la vena cava inferior. La paciente tiende a formación de várices, edema y síndrome de hipotensión supina (al tenerla acostada sufre hipoxia cerebral, antes de lo cual se comienza a marear, para prevenirla se debe de colocar en posición semi-supina o de lado).^{2,3}

- Cambios hematológicos
 - El valor del hematocrito disminuye, porque la sangre está disminuida.
 - Debido al aumento del volumen sanguíneo existe un aumento en la necesidad de fierro. Un 20% presenta anemia férrica.^{1,3}

- Fisiología respiratoria
 - Edematización de mucosas con ronquera.
 - Edema laríngeo o congestión de la mucosa nasal
 - Ensanchamiento del tórax.
 - Respiración de tipo costal supina.
 - Aumento ventilación pulmonar.
 - Esto por crecimiento uterino progresivo, cambios hormonales, aumento del volumen sanguíneo y gasto cardíaco.^{1,3}

- Fisiología digestiva
 - Modificación del apetito.
 - Aparición de náuseas y vómitos.
 - Estreñimiento o diarrea.
 - Dolores abdominales leves.
 - Disminución de la lisozima, enzima que tiene propiedades antisépticas, se encuentra en saliva, lágrimas y leche materna.
 - En el último trimestre se pueden producir vómitos, pirosis y regurgitaciones. Esto por compresión sobre el estómago por desplazamiento de las vísceras abdominales.^{1,3}

- Modificaciones neurológicas

1 trimestre

- Hiperémesis: vómitos y náuseas.
- Tendencia a síncope e hipotensión postural ^{1,3}

2 trimestre:

- sensación de bienestar.

3 trimestre

- Fatiga.
- Ligera depresión en algunos casos.^{1,3}

- Modificaciones anatómicas
 - El útero aumenta de peso y tamaño.
 - En 2ª mitad obstrucción parcial de la vena cava.
 - Insuficiencia circulatoria en un 10 a 15% de las gestantes.^{1,3,5}

- Cambios hormonales:
 - Gonadotropina coriónica
 - Lactógeno placentario
 - Progesterona
 - Estrógeno. Estos 2 son factores de crecimiento para prevotella intermedius. Además cambian la respuesta tisular haciendo más fluido el epitelio haciendo más fácil que se edematice. Además modifican la respuesta inmune ante ciertos microorganismos de la placa. Además producen vasodilatación,
 - Dieta: tendencia a alimentos dulces y a comer más seguido. No se cepilla muy bien por las náuseas.
 - Microbiología: aumentan las anaerobias por estrógeno y progesterona.
 - Respuesta inmunológica: disminuye por los niveles de progesterona.^{1,3,5}

- Modificaciones bucales
 - Dental
 - Periodontales ^{1,3,5,6}

2.3 EMBARAZO Y SALUD BUCAL

El embarazo no se debe considerar una enfermedad y no debería ser tratado como tal, aunque existen algunas consideraciones especiales para el tratamiento dental de las gestantes. En el presente trabajo se logra hacer un

resumen de los tres factores esenciales en éste estudio los cuales son: embarazo, caries y nutrición.

La noción popular de que el embarazo provoca una pérdida de dientes -“A tooth per child”- y que el calcio es extraído en cantidades apreciables de la dentición materna para cubrir los requerimientos fetales no tiene ninguna prueba histológica, química o radiológica en su apoyo.

Por el contrario, el calcio es fácilmente movilizado del hueso para cubrir estas demandas de lo que puede resultar una desmineralización de los procesos alveolares.^{7,8}

Durante la gestación suceden una serie de cambios a nivel de la cavidad bucal. La manifestación más frecuente es la enfermedad periodontal la cual encontramos en un 35% a 100% de las pacientes e influye en su aparición la mala higiene, así como modificaciones hormonales y vasculares que exageran la respuesta a los irritantes locales, tales como el aumento de los niveles de progesterona, hormona con un efecto directo sobre la microvascularización de la encía.^{7,8}

Durante el embarazo existen las condiciones bucales ideales para que haya un aumento en la actividad cariosa; es en este sentido, que existe la creencia de que ésta se produce porque el calcio de los dientes es extraído por las necesidades del producto. Sin embargo, a diferencia del esqueleto, en este estado no existe desmineralización de los dientes. El esmalte tiene un intercambio mineral muy lento, de manera que conserva su contenido mineral toda la vida. Gran parte de lo que ocurre en el esmalte tiene lugar por recambio de minerales con la saliva y no por disminución de calcio. En este sentido, se plantea que el calcio no es extraído del tejido dentario, sino del calcio del tejido óseo del esqueleto de la futura madre.^{3,7,8}

Con relación a la mujer embarazada, los cambios más frecuentes y marcados radican sobre el tejido gingival, dando lugar a la llamada gingivitis del embarazo, padecimiento que se caracteriza por una encía aumentada de tamaño, de color rojo y que sangra con facilidad; también al granuloma del

embarazo, que es otra alteración del tejido gingival ante la presencia de irritantes locales. En el segundo mes de gestación comienzan los síntomas y signos inflamatorios, que se mantienen o aumentan durante el segundo trimestre, llegan al máximo al octavo mes, descienden durante el último, y remiten después del parto.^{7,8}

Machuca, refiere que estos cambios fisiológicos ocurren en todas las mujeres embarazadas, sin embargo, no en todas se presentan las alteraciones descritas. Esto se debe, en parte, a la predisposición genética individual de padecer o no ciertas enfermedades, así como también al estado sociocultural de cada una, teniendo en cuenta que a mayor nivel educativo y condiciones socio económicas, esta afección se comporta en menor escala.⁹

La mayor parte de las quejas relacionadas con náuseas y vómitos durante el embarazo se pueden reducir mediante la educación de la paciente y el tratamiento inmediato.

Una de las quejas relacionadas a la salud bucal es el ptialismo (salivación excesiva) queja poco frecuente, pero molesta de las mujeres embarazadas.²

La caries dental es la enfermedad que afecta con mayor frecuencia a la cavidad bucal y la cual durante el embarazo sigue siendo una dolencia común.

Su incidencia causa desde incomodidad en los estadios iniciales, hasta mutilaciones con serias consecuencias psicológicas y estéticas, en función de las pérdidas dentales, en los casos más avanzados.^{5,10}

El embarazo constituye una condición sistémica particular que modifica las condiciones bucodentales. El diente y los tejidos de soporte y sostén, la mucosa bucal entre otros, constituyen blancos directos que pueden afectarse por este motivo⁸

La mujer durante el embarazo está sometida a una serie de cambios internos y externos (intrínsecos y extrínsecos) relacionados entre sí que la hacen

vulnerable a padecer la caries dental. Los cambios en el pH y la producción salival, flora bucal, dieta, entre otros, constituyen factores capaces de producirla.^{5,7,8}

Durante este período, la composición salival se ve alterada, disminuye el pH salival y la capacidad buffer, lo cual afecta la función para regular los ácidos producidos por las bacterias, lo que hace al medio bucal favorable para el desarrollo de éstas al promover su crecimiento y cambios en sus poblaciones.^{9,8}

Los cambios en los hábitos alimentarios son frecuentes en un gran número de las embarazadas, al existir un aumento en la frecuencia de dietas ricas en carbohidratos (cariogénica), lo que constituye el sustrato para los microorganismos causantes de la caries. Aunado a esto, se presenta la deficiencia del cepillado por 2 motivos: las náuseas que produce la práctica de este hábito y porque la embarazada se ve asediada por la sintomatología propia de este estado, lo cual contribuye a la acumulación de placa dentobacteriana con bacterias organizadas y adheridas a ella sobre la superficie del diente.^{3,5,8}

Respecto a las creencias sobre la descalcificación que se tiene de la mujer embarazada, clínicamente, en el último trimestre del embarazo se registraría un aumento de la caries en la madre si los dientes perdieran calcio, ya que en esta etapa es cuando el feto presenta mayor demanda sobre la fijación de calcio y fósforo en su organismo.^{3,11}

Por otra parte las caries son la enfermedad que afecta con más frecuencia a la cavidad bucal, por lo que constituye uno de los problemas más estudiados por los especialistas en odontología. Durante el embarazo son una dolencia común.

Su incidencia causa desde incomodidad en los estadios iniciales, hasta mutilaciones con serias consecuencias psicológicas y estéticas, en función de

las pérdidas dentales, en los casos más avanzados. ¿Qué hacer ante esta situación? La prevención todavía es la palabra clave.^{5,10}

Una vez instalada la caries, el recurso es tratarla. Entonces, resulta fundamental hallar un buen dentista, quien establecerá una recuperación del diente afectado, además de proveer las orientaciones necesarias sobre otro problema que puede ocurrir durante el embarazo, que es el sangrado gingival.
8,7

Hasta hace poco tiempo, el cirujano dentista limitaba su acción a la restauración de los dientes dañados; sin embargo, se ha comprobado que esto no es suficiente. Los métodos convencionales de lucha contra la caries mediante procedimientos curativos son clínicamente irrealistas. Pueden ocurrir las llamadas recidivas, o sea, la repetición de caries, debido a los microorganismos orales/individuales y su actividad cariogénica. Todo esto refuerza la importancia de la prevención de la caries.^{5,10}

Algunos estudios realizados en diferentes instituciones opinan que las madres son fuentes de bacterias cariogénicas para los niños, pudiendo ser consideradas responsables por la contaminación e infección de los hijos. Todo eso sumado a hábitos perjudiciales, a un medio bucal favorable, a las lesiones, se puede convertir en una “ventana” a las infecciones. Por lo tanto, prevención siempre será a palabra clave para las caries, al igual que para la salud de un modo general. “Es necesario evitar siempre la “ventana de infección” pues así se interrumpe un ciclo, lo que favorece a los niños y promueve la salud bucal de las madres”.¹⁰

En la consulta al especialista, si se diagnostica algún problema, el tratamiento es curativo. Además, generalmente son evaluados los problemas de sangrado gingival, higiene y limpieza, además de dar orientaciones sobre la alimentación.⁵

Para evitar las caries, el cirujano dentista provee algunas directivas básicas pero primordiales, incluso para cualquier persona, referidas al refuerzo de la higiene bucal y la dieta alimenticia, al igual que respecto a los cuidados

necesarios para que las embarazadas no sean un elemento de transmisión de caries a su hijo. Esto porque la caries, antes que nada, es una enfermedad infectocontagiosa.⁵



2.4 INDICACIONES DURANTE EL EMBARAZO DE MEDICAMENTOS USADOS EN LA PRÁCTICA DENTAL.

Los cambios farmacocinéticos que se originan durante el embarazo se deben de considerar en el contexto de una unidad integrada de varios componentes como son: madre-placenta-membranas extraamnióticas-líquido amniótico-feto, en donde cada uno tiene funciones propias, con características genéticas o celulares y controles diferentes.^{5,12}

La fisiología materna y fetal tienen una participación importante y compleja sobre la biodisponibilidad de un fármaco y, por lo tanto, sobre la respuesta a la terapia. La velocidad y extensión de la distribución del fármaco al feto puede modificarse por la vía de administración a la madre, siendo menor la exposición con la vía intramuscular en relación a la vía intravenosa.¹²

Cuando los fármacos se administran a la madre en ocasiones repetidas, la concentración de la droga se estabiliza tanto en la madre como en el feto. De aquí que bajo condiciones de estado estable, además de la permeabilidad placentaria y la eliminación materna de fármacos, sea importante considerar la unión a proteínas y la eliminación fetal del fármaco.¹²

Durante el embarazo la absorción de los fármacos administrados por vía oral se debe de modificar debido a la combinación tanto del retraso en el vaciamiento gástrico como de la disminución de la motilidad intestinal, la consecuencia de un vaciamiento gástrico más lento puede ser una reducción en el ritmo de absorción del fármaco, con relación al retardo en el ingreso al intestino delgado.^{5,12}

Los procesos básicos por los que una sustancia atraviesa la placenta y accesa al feto son muy semejantes a los que ocurren en los adultos. Durante el embarazo existe un incremento importante en el flujo sanguíneo uteroplacentario, con una distribución proporcional hacia cotiledones, endometrio y miometrio, de modo que cerca del término el flujo sanguíneo cotiledonario representa el 90% del flujo sanguíneo uterino total.^{5,12}

Estas modificaciones seguramente afectan la difusión de fármacos a través de la placenta. La depuración placentaria está determinada por la liposolubilidad, tamaño, unión a proteínas y grado de ionización del fármaco.

Si observamos la distribución fetal del fármaco es conveniente resaltar que, dado que los fármacos que atraviesan la placenta llegan al feto vía la sangre venosa umbilical y que el 50% de ésta entra en la circulación hepática y el resto atraviesa el conducto venoso, entonces la mitad del fármaco transportado es susceptible de metabolismo hepático y la otra mitad ingresa a la circulación fetal directamente.^{5,12}

La distribución de un fármaco en el feto constituye un factor determinante en el grado de exposición fetal y es en gran parte regulado por variaciones en el pH y en la unión a proteínas.^{5,12}

Según el Dr. Luís Alberto Villanueva del Hospital General Dr. Manuel Gea González estas son algunas de las consideraciones que se tienen que tomar para la prescripción de fármacos:

- Casi todos los fármacos que entran en la circulación materna atraviesan la placenta y alcanzan al feto.
- En el primer trimestre del embarazo no administrar fármacos a menos que se espere que el beneficio a obtener sea mayor que el riesgo teórico.
- Administrar la dosis mínima eficaz.
- Procurar no prescribir fármacos con potencial teratogéno durante la fase lútea en la mujer en edad fértil, con vida sexual activa y sin un método confiable de planificación familiar.
- Los efectos de un fármaco pueden no aparecer inmediatamente.
- Un fármaco puede producir diferentes malformaciones y diferentes fármacos pueden producir la misma malformación.
- Los datos derivados de estudios en animales pueden ser irrelevantes al feto humano. Si un fármaco es teratogéno para varias especies animales a dosis bajas en relación a las tóxicas, la sospecha de teratogenicidad humana es alta; pero la ausencia de efectos no constituye garantía para humanos.
- Aún después del primer trimestre, la exposición a algunos agentes farmacológicos puede provocar alteraciones fisiológicas y retardos en el crecimiento.
- Un fármaco puede producir efectos embriotóxicos dentro de un rango de dosis que no sea tóxico para la madre.
- El efecto de un fármaco sobre el feto dependerá de su concentración, la edad gestacional, las propiedades físicas del agente, la variabilidad genética y otras influencias ambientales.^{5,12}

La FDA (Food and Drugs Administration) ha establecido 5 categorías (A, B, C, D y X) para indicar el potencial teratogénico de una sustancia. Este formato se publicó originalmente en el Boletín Farmacológico de la FDA de septiembre de 1979.

A - Los estudios controlados en mujeres no evidencian riesgo para el feto durante el primer trimestre y la posibilidad de daño fetal aparece remota.

B - Los estudios en animales no indican riesgo para el feto, y no existen estudios controlados en humanos, o los estudios en animales sí indican un efecto adverso para el feto, pero en estudios bien controlados con mujeres gestantes no se ha demostrado riesgo fetal.

C - Los estudios en animales han demostrado que el medicamento ejerce efectos teratogénicos o embriocidas, pero no existen estudios controlados con mujeres, o no se dispone de estudios ni en animales ni en mujeres.

D - Existe evidencia positiva de riesgo fetal en humanos, pero, en ciertos casos (por ejemplo en situaciones amenazantes o enfermedades graves en las cuales no se pueden utilizar medicamentos más seguros o los que se pueden utilizar resultan ineficaces), los beneficios pueden hacer el medicamento aceptable a pesar de sus riesgos.

X - Los estudios en animales o en humanos han demostrado anomalías fetales o existe evidencia de riesgo fetal basada en la experiencia con seres humanos, o son aplicables las dos situaciones, y el riesgo supera claramente cualquier posible beneficio.

La gran mayoría de los fármacos administrados por el cirujano dentista de práctica general se localizan dentro de la categoría B, entre ellos se encuentran la gran mayoría de los antibióticos usados comúnmente y algunos AINES.



2.5 TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO DURANTE EL EMBARAZO

Como el embarazo es un estado fisiológico que al igual que la pubertad, la menopausia y algunos otros estados en la mujer, el embarazo es solo una condición en la cual el organismo se comporta de una manera diferente.

Aun cuando la mayoría de los procedimientos dentales se pueden llevar a cabo durante el embarazo, se deben tomar en cuenta algunos aspectos importantes para los principales actores de este estado, o sea la madre y el feto, el tratamiento para la madre debería de estar encaminado o bien de otorgarle importancia a las medidas preventivas, tanto sistémicas como bucales, seleccionar el momento del embarazo que se considere adecuado para realizar tratamientos electivos y evitar situaciones que alteren el curso del embarazo. Para el feto incluiría evitar cualquier tratamiento o uso de drogas que puedan causar hipoxia fetal, desarrollo de alteraciones de tipo teratógenas, trabajo de parto prematuro o bien un probable aborto.^{2,5,12}

La mejor etapa del embarazo para realizar procedimientos electivos es la considerada durante el segundo trimestre, esto debido a que durante el primer trimestre de el embarazo son mas comunes las nauseas y los vómitos, además de el probable riesgo teratogenico, en el tercer trimestre del embarazo la madre refiere no sentirse cómoda en la posición supina en la que la atendemos en el sillón dental, así que en este trimestre se recomienda llevar a cabo tratamientos cortos que no requieran de largas sesiones de consulta y tratamientos. Las actividades del tipo quirúrgico o bien las prótesis complejas se recomiendan realizarlas después del parto.^{2,5}

La etapa temprana del primer trimestre es relativamente buen tiempo para proveer cuidados dentales de rutina pero después de la mitad de este trimestre, ningún procedimiento es aconsejable esto es debido al incremento a la sensación de malestar en la madre, debemos evitar tratamientos prolongados

para prevenir la complicación más común que es el síndrome de hipotensión supina. Esto lo podemos evitar mediante citas cortas, colocación de la paciente en una posición semi-supina y permitiendo cambios posicionales frecuentes.⁵

Por su magnitud las enfermedades bucales constituyen un problema en la paciente embarazada que depende de gran parte de la aplicación de medidas preventivas y curativas. Siempre sea posible, el primer paso en el tratamiento dental deberá ser contactar con el obstetra el cuidado de la paciente para discutir el estado médico los requerimientos dentales y el plan del tratamiento propuestos.^{5,10}

Las estrategias educativas que tienden a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud en la República mexicana, en donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes como una población que amerita atención especial.¹³

Con lo que respecta a la toma de radiografías, podemos decir que especialmente durante el primer trimestre, la toma de radiografías debe de llevarse a cabo de una manera cautelosa, en casos en los que el uso de los rayos x sea indispensable se pueden usar el menor número de radiografías posibles. Siempre se deben de colocar barreras de protección a la radiación a la madre tales como son los mandiles o chalecos de plomo en el área ventral, se utilizaran radiografías ultrarrápidas para así dar la menos radiación posible a la futura madre.⁵

Parece importante destacar que en un primer paso debe de valorarse el riesgo beneficio que existe al tomar radiografías bucales durante el embarazo, sin embargo mientras se cumpla con las medidas antes mencionadas podríamos recomendar que no exista contraindicación alguna en el empleo de las radiografías durante la gestación, particularmente durante el segundo trimestre.

La administración de medicamentos es necesaria y benéfica para algunos padecimientos dentales y como coadyuvante en algunos casos de estrés en el paciente, durante el primer trimestre la prescripción debería de evitarse,

especialmente en el caso de los fármacos que atraviesan barrera placentaria y que conllevan un riesgo de toxicidad o teratogenicidad para el producto.

No se recomienda utilizar analgésicos del tipo AINES (Antiinflamatorios No Esteroideos), aunque la droga de elección en el embarazo es el paracetamol, ya que usado a dosis terapéuticas nos da un rango de seguridad muy elevado, durante el último trimestre no se recomienda prescribir ibuprofeno y naproxeno sódico ya que estas drogas inhiben la síntesis de prostaglandinas, necesarias para la inducción del trabajo de parto, por lo que podrían llegar a alargar el trabajo de parto y producir sufrimiento fetal. Afortunadamente las sustancias de uso frecuente en odontología pueden utilizarse con relativa seguridad.^{2,3,5,12}

El embarazo es un evento muy especial en la vida de una persona y por lo tanto está lleno de emociones. Por esto el establecer una buena relación paciente-dentista que sea abierta, honesta y confiable es parte integral en el manejo exitoso del paciente. Este tipo de relación disminuirá el estrés tanto de la paciente como el del dentista.¹⁴



2.6 CREENCIAS Y ACTITUDES EN LA PRÁCTICA DENTAL

En México se ha señalado que las actitudes y conductas de la población ante el proceso salud-enfermedad son influidas por la cultura médica existente, en la que se incluye la postura del médico.¹¹

Etimológicamente para los griegos, *muthos* significaba simplemente relato, o lo que se ha dicho, en una amplia gama de sentidos: una expresión, una historia, el argumento de una obra.

Una creencia tiene diferentes concepciones según el campo de estudio: en Antropología una creencia es una actitud mental que se genera a consecuencia

de los ritos y costumbres de las sociedades. En Psicología las creencias se dividen, según el francés Pierre Janet, en racionales e irracionales. Las primeras, objetivas, se fundan en la experiencia y en la información científica. Las segundas, subjetivas, en cuestiones personales, creencias culturales y sentimentales.

El término creencia es definido por la real academia de la lengua como: El completo crédito que se presta a un hecho o noticias como seguros o ciertos.¹⁵

Por otra parte, actitud es la forma de motivación social que predispone la acción de un individuo hacia determinados objetivos o metas. La actitud designa la orientación de las disposiciones más profundas del ser humano ante un objeto determinado. Existen actitudes personales relacionadas únicamente con el individuo y actitudes sociales que inciden sobre un grupo de personas.¹⁵

A lo largo de la vida, las personas adquieren experiencia y forman una red u organización de creencias características, entendiendo por creencia la predisposición a la acción. La actitud engloba un conjunto de creencias, todas ellas relacionadas entre sí y organizadas en torno a un objeto o situación. Las formas que cada persona tiene de reaccionar ante cualquier situación son muy numerosas, pero son las formas comunes y uniformes las que revelan una actitud determinada.^{9,11,16}

El concepto de actitud es básico en dos campos: en psicología social y en la teoría de la personalidad. A finales de la década de 1920, el psicólogo estadounidense Gordon W. Allport se interesó por la investigación de las actitudes sociales, pero no fue hasta la década de 1940, con la publicación de *El miedo a la libertad* (1941) de Erich Fromm, cuando este concepto empezó a cobrar importancia en la teoría de la personalidad. La actitud social es compartida y favorece los intereses sociales por encima de los individuales.¹⁷

Las estrategias asistenciales y educativas tendientes a conservar la salud bucal han formado parte de las políticas de salud en la República Mexicana, en donde se ha tomado en cuenta al grupo de mujeres gestantes, como una

población que amerita atención especial. Sin embargo, y a pesar de esta premisa indiscutible, el curso de los tiempos ha demostrado que en nuestra cultura, en el grupo de embarazadas, existen creencias y prácticas que relegan el cuidado odontológico debido a las molestias que ocasiona el tratamiento dental y los temores que existen a su alrededor, lo que ha hecho que la demanda de servicios dentales sea baja.^{11,16}

Si bien, la creencia es mencionada en libros y revistas, un documento que se refiera a su prevalencia no se ha localizado.

La doctora Díaz Romero investigadora del Instituto Nacional de Perinatología habla de "Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación" (2001). En este último artículo se hace la mención al hecho de que una creencia como la de que con "cada hijo se pierde un diente" afecta a la eficacia de los programas de salud.¹¹

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El abordaje que el cirujano dentista debe de darse desde una perspectiva multidisciplinaria, en un medio donde convergen factores como el individuo, lo social, la práctica pública, la práctica privada, el conocimiento, la educación para la salud, lo biológico, lo psicológico, lo social, etc.

Las enfermedades bucales por si mismas ya constituyen un problema de salud pública a nivel nacional, esto depende en parte la del propio comportamiento de los individuos y de la aplicación de diversas medidas, ya sean curativas o preventivas, a pesar de las acciones que la Secretaria de salud ha implementado programas, políticas de salud, campañas y mas, aun no se ha logrado impactar en el grueso de la población.

La doctora Díaz Romero ha señalado en diferentes ocasiones que las actitudes y conductas de la población frente al proceso salud enfermedad son influidas por la conducta médica presente, esto nos da una perspectiva en la cual mi opinión es que el proceso salud enfermedad esta condicionado por el significado que cada individuo le otorgue al término de enfermedad.¹¹

Con respecto a el grupo de embarazadas, la secretaria de salud del Gobierno de la República lo contempla como un grupo prioritario y que amerita atención especial, sin embargo, en este grupo existen creencias y practicas que obstruyen de alguna manera la atención dental por los propios temores que existen alrededor de ella, lo que trae como consecuencia, que la demanda de servicios dentales en el periodo de gestación sea baja.^{11,16}

EL principal problema que hemos encontrado para poder desarrollar un tema como este (la relación que existe entre las creencias y las actitudes) fue que la información existente hasta el día de hoy esta encaminada a los profesionales de la salud, sin tomar en cuenta que la población que esta presentando el problema esta alejada de dicha información y en ocasiones deducimos que el

responsable de dar dicha información sería el cirujano dentista o bien los médicos encargados de atender a la mujer embarazada, sin embargo este fenómeno no se presenta y es entonces que nos damos cuenta que el puente de información entre los programas de salud bucal encaminados hacia la mujer embarazada se encuentran rotos ya que uno de los pilares (en este caso el medico y el profesional de la salud bucal) no están llevando a cabo la función de educar y prevenir que les corresponde.

Otra parte importante de este tema, es la embarazada vista como un ser social, miembro de una sociedad que tiene creencias y costumbres propias de cada cultura, cada una de las mujeres gestantes tiene una educación diferente, un grado académico diferente, un entorno social y familiar diferente, entre otros muchos factores que influyen directamente con respecto a la actitud que tomara ante ciertas circunstancias, entre estas podemos mencionar el miedo de la mujer a que ella o su producto puedan sufrir algún mal o problema relacionado con la salud de ambos, la falta de conocimiento sobre temas relacionados con la salud bucal y los cambios propios de la cavidad bucal durante este periodo, así mismo como la propia falta de higiene bucal en la futura madre ya sea por las náuseas que refieren algunas durante las primeras semanas de gestación o por las molestias que refieren por causa del propio cepillado dental, lo cual permite la acumulación de placa dentobacteriana que unida a los cambios hormonales y fisiológicos de el embarazo aumentan el riesgo de presentar alteraciones a nivel de cavidad bucal.

El conocimiento que podemos adquirir de las embarazadas para poder conocer sus principales creencias nos ayudarán a entender el proceso salud enfermedad con relación a la salud bucal de la mujer gestante y de así planear con una base firme los programas encaminados hacia la educación para la salud bucal de la mujer gestante, así mismo la atención médico dental que ellas requieren.

Por lo anterior se deriva la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el porcentaje de mujeres embarazadas que perciben algún daño en su salud bucodental?



4. JUSTIFICACIÓN

En México la población tiene creencias y mitos... En nuestro medio aún existe la antigua creencia que durante el embarazo se ocasionan serios daños a los dientes de la madre o que en esta etapa la atención odontológica no se puede realizar por llevar riesgos muy altos para la madre y el producto.

Aun cuando no existe una asociación entre la gestación y el incremento de caries con la relación a la pérdida de dientes; Un gran numero de pacientes expresan frases como las siguientes: " con cada niño se pierde un diente..." , " durante el embarazo el tratamiento dental esta contraindicado porque los anestésicos..." , etc. Los estudios y los avances en investigación dental nos demuestran que los cambios que la embarazada sufre en cuanto a su salud bucal no tienen relación alguna con factores propios del embarazo y que estos cambios se evitan y controlan con medios preventivos y de educación para la salud bucal.

En los últimos años se han implementado estrategias educativa y asistencial en cuanto a la salud de la mujer gestante; dichos programas y estrategias no han tenido el éxito esperado debido a la falta de comunicación entre los gremios odontológico y médico.

Desde el punto de vista odontológico las limitantes más comunes para la atención de las mujeres son: el miedo hacia la atención dental durante este periodo, la aplicación de anestésicos locales, la toma de radiografías y las creencias presentes en las mujeres gestantes como la de "un diente por cada hijo".

La antigua creencia que el embarazo provoca descalcificación de los dientes, con el fin de suministrar minerales al feto en crecimiento, ha caído por tierra, porque se ha demostrado que los dientes no sufren de desmineralización alguna, a diferencia de lo que ocurre con los huesos.

La capacidad del odontólogo en su práctica diaria debe tener el conocimiento e incluir el manejo de las alteraciones fisiológicas no patológicas como es el caso de las mujeres embarazadas. Todo ello con la finalidad de adoptar actitudes y realizar actividades que permitan el desarrollo del plan de tratamiento seguro.

El cirujano dentista debe conocer los cambios externos e internos que ocurren en la gestante para interpretar muchos fenómenos al nivel bucal propios de este estado y además conocer los puntos de vista (llamémosle creencias y actitudes) de las pacientes.

Aunque el embarazo es considerado un suceso normal, puede coexistir en ciertas condiciones que ameriten un análisis especial, como los embarazos de alto riesgo los cuales deben de ser perfectamente comprendidos para tener la seguridad que el tratamiento y los fármacos que prescribimos utilicemos resulten inocuos o bien ocasionen el mínimo daño esperado a la paciente gestante y al producto o a ambos.

Debería ser claro para todos los odontólogos y otros profesionales de la salud, existen muchos fármacos, radiaciones, alimentos, procedimientos, procesos patológicos infecciosos e infestaciones capaces de ocasionar efectos teratogénicos moderados o graves; sin embargo también debe estar claramente entendido que durante la gestación las pacientes pueden y deben ser atendidas bajo ciertas normas terapéuticas.

El dar a conocer la información sobre la salud bucal con relación al embarazo nos permitirá en primer lugar cambiar el concepto de: "con cada hijo se pierde un diente", nos ayudara también a crear conciencia sobre el cuidado buco-dental primordialmente durante el embarazo, así como proporcionar información basal para orientar a los trabajadores de la salud a realizar pláticas consecutivas sobre higiene bucal en esta población. En segundo lugar nos permitirá dar información para así eliminar los tabúes sobre la consulta dental durante el periodo gestacional.

5. OBJETIVO GENERAL

- Identificar el porcentaje de mujeres embarazadas que perciben algún daño en su boca.

5.1 Objetivos Específicos

- Identificar el motivo de la negación de los tratamientos odontológicos en la mujer embarazada.
- Determinar el porcentaje de médicos que refieren a las mujeres embarazadas con el odontólogo.

- Identificar el porcentaje de mujeres que consideran que los tratamientos dentales dañan su salud o la del bebé.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó con la participación del Instituto Nacional de Perinatología, cuyo enlace y comunicación se estableció personalmente con las autoridades del Instituto, a fin de obtener el consentimiento para el desarrollo del mismo.

La recolección de las preguntas con relación al conocimiento sobre la salud bucodental fue de forma exploratoria y se obtuvo a través de la estructuración de un cuestionario dirigido a las mujeres embarazadas.

6.1 TIPO DE ESTUDIO

Observacional, descriptivo

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Mujeres embarazadas que reciban atención ginecológica en el Instituto Nacional de Perinatología

6.3 MUESTRA

90 Mujeres embarazadas, sin importar el trimestre de embarazo en el que se encuentren.

6.4 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Mujeres que deseen participar
- Mujeres embarazadas sin importar el trimestre del embarazo

6.5 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Mujeres que hayan recibido pláticas odontológicas dentro de la Institución o bien en la consulta privada.

6.6 VARIABLES DE ESTUDIO

- **Independientes**

- Edad
- Nivel de escolaridad
- Trimestre del embarazo

- **Dependientes**

- Percepción sobre problemas dentales o periodontales

6.7 Operacionalización y conceptualización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala de Medición
Edad	(Del lat. <i>aetas, -ātis</i>). f. Tiempo que ha vivido una persona.	Número de años cumplidos	Cuantitativa	Intervalo
Nivel de escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. Tiempo que duran estos cursos.	1 = Sin estudios 2 = Primaria 3 = Secundaria 4 = Preparatoria 5 = Licenciatura 6 = Carrera técnica 7 = Otra	Cualitativa	Ordinal
Trimestre del embarazo	Lapso de tiempo de aproximadamente tres meses en los que se divide el embarazo.	1 = Primero 2 = Segundo 3 = Tercero	Cualitativa	Ordinal
Percepción	(Del lat. <i>perceptio, -ōnis</i>). f. Acción y efecto de percibir. Conocimiento, idea.	1= Anemia 2= Hormonas 3= Caries 4=Mal cepillado de dientes 5= Otros	Cualitativa	Nominal

		6= No presento sangrado		
--	--	----------------------------	--	--

6.8 RECURSOS

6.8.1 Recursos Humanos

- Director de tesina
- Asesores de tesina
- Tesista

6.8.2 Recursos Materiales

- Hojas blancas
- Impresora
- Equipo de cómputo
- Lápices

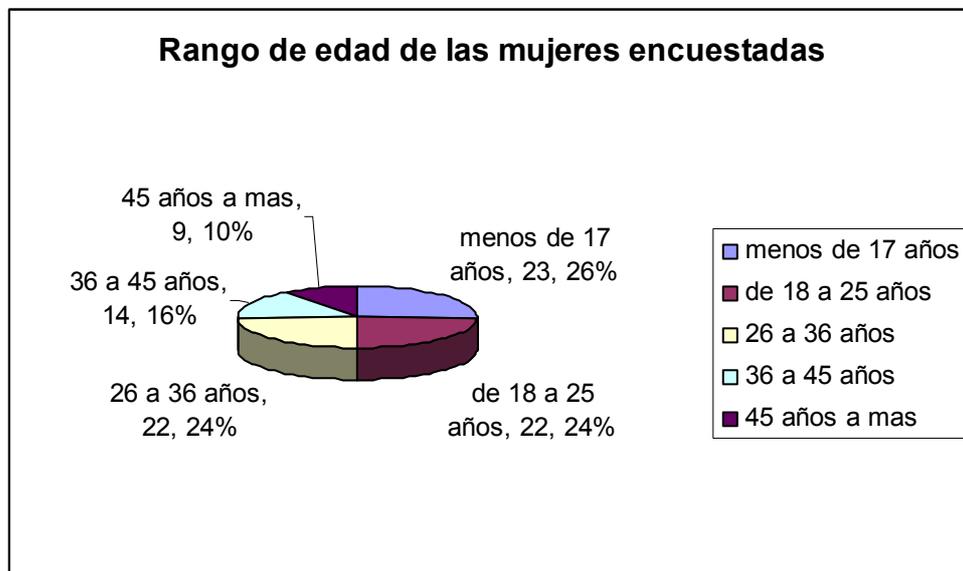
6.8.3 Recursos Financieros

Los recursos corrieron a cargo del tesista.

7. RESULTADOS

De las 90 mujeres entrevistadas en el Instituto Nacional de Perinatología, el mayor número de participantes lo conformaron las que se encuentran en el rango de 17 años o menos con un 25.6 %, seguido de los grupos de 18 a 25 años y de 26 a 35 años con un 24.4 % respectivamente, encontrándose en un cuarto sitio las mujeres de 36 a 45 años con un 15.6 % y por último las de 46 años o más con solo el 10 % de las participantes. (Gráfica 1)

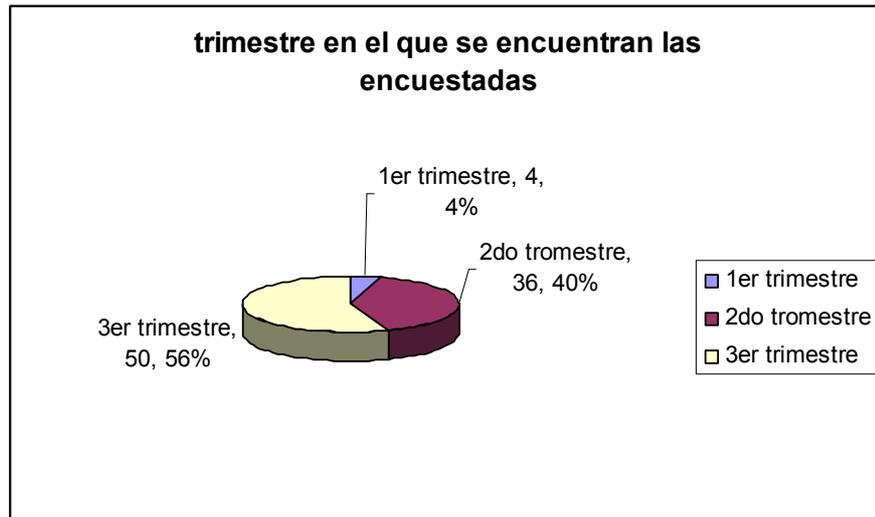
Gráfica 1.



Fuente: Instituto Nacional de Perinatología

Con relación al trimestre de gestación 55.6 % se encuentra en el tercer trimestre, 40.0 % en el segundo y 4.4 %, en el primer trimestre. (Gráfica 2)

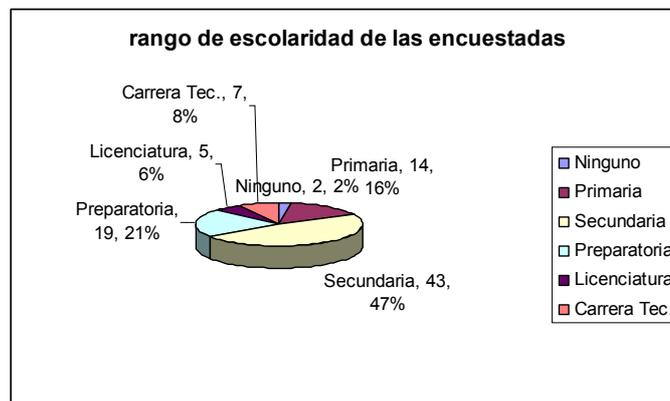
Grafica 2.



Fuente: Instituto Nacional de Perinatología

Con lo que respecta a el rango de escolaridad de las pacientes se encontró que la mayor parte de ellas, tienen la educación secundaria, seguida por preparatoria, primaria, carrera técnica, licenciatura y solo en 2.2 % con ninguna educación (Tabla y grafica 3); Siendo este uno de los principales factores que iban a determinar el porcentaje de mujeres que creen que los tratamientos dentales causan algún mal o daño a la embarazada o al producto. (Gráfica 3)

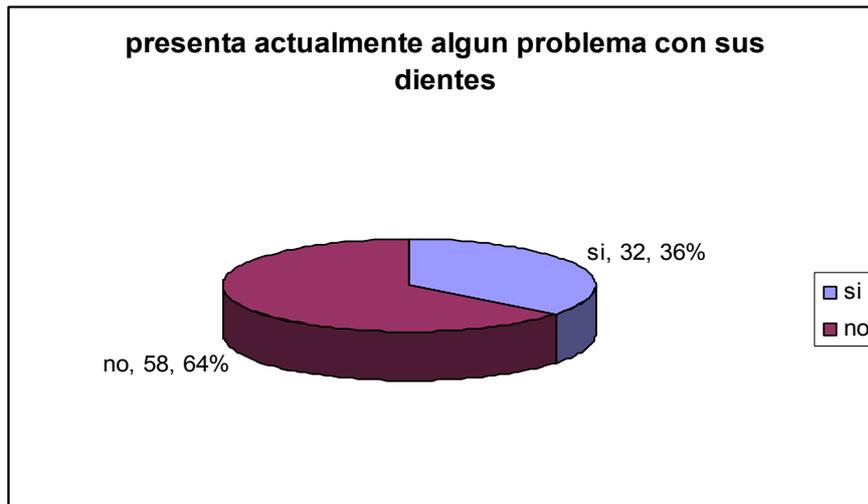
Gráfica 3.



Fuente: Instituto Nacional de Perinatología

Al preguntarle a las mujeres si presentaban actualmente algún problema con sus dientes, 35.6 % nos refieren que si presentaban algún problema, mientras que 64.4 % mencionó lo contrario. (Gráfica 4)

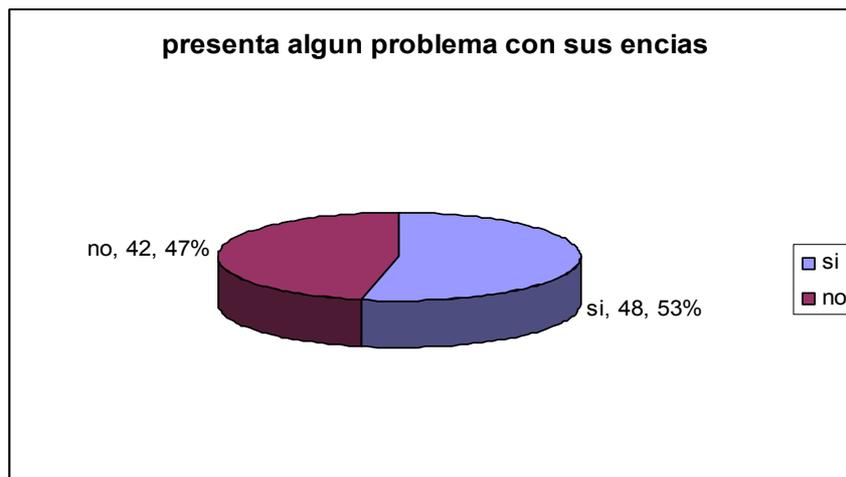
Gráfica 4.



Fuente: Instituto Nacional de Perinatología

A la pregunta de si ¿Usted presenta algún problema con sus encías? 53.3 % refirió presentar algún tipo de problema y 46.7 % que no. (Gráfica 5).

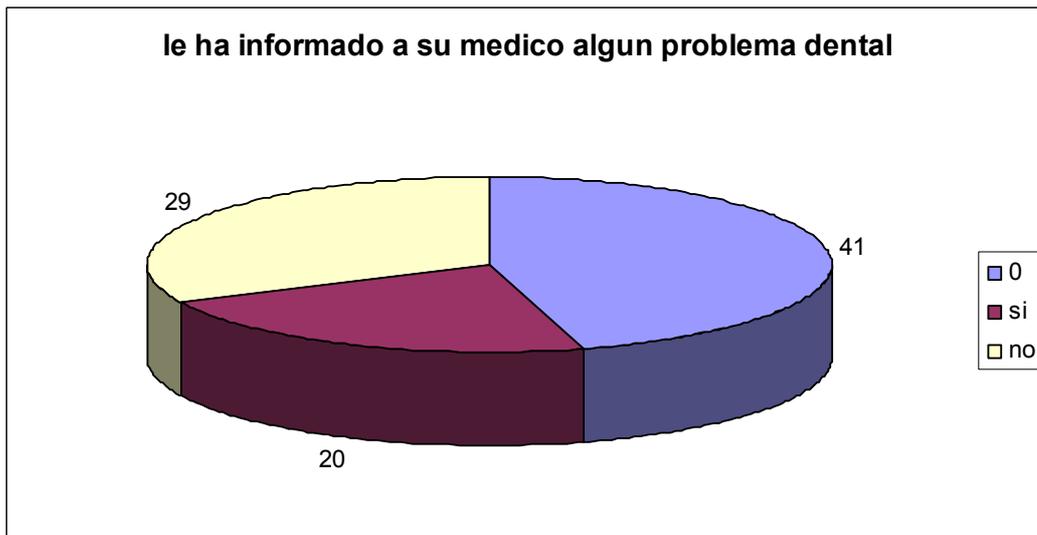
Gráfica 5



Fuente: Instituto Nacional de Perinatología

De las mujeres que refirieron presentar algún problema con sus encías (53.3 %), 22.2 % si se lo comentó a su médico y 32.2% no le comento. (Grafica 6)

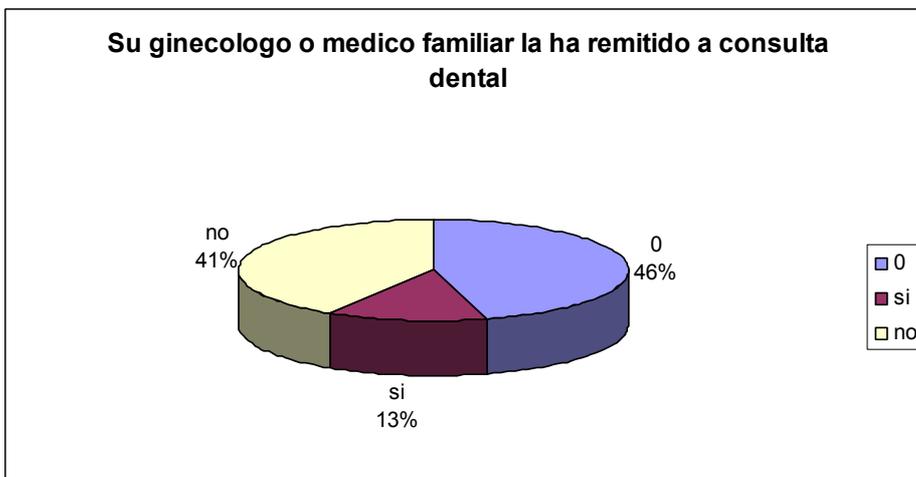
Gráfica 6.



Fuente: Instituto Nacional de Perinatología

De las personas que sí le comentaron a su médico y/o ginecólogo, 12 % nos dijo que si la habían remitido y 37 % contestó que no las habían remitido con el odontólogo. (Grafica 7)

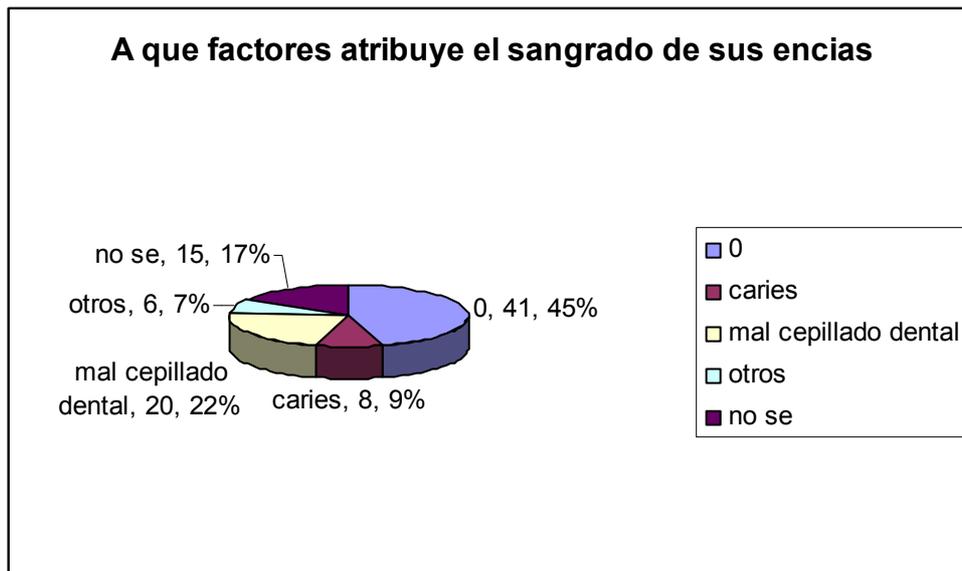
Gráfica 7.



Fuente: Instituto Nacional de Perinatología

Las embarazadas encuestadas nos indicaron que ellas le atribuían el sangrado de las encías a un mal cepillado (20 %), no saben el porque (15 %), a problemas de caries (8%) y a otros factores (6%) (Grafica 8)

Gráfica 8.

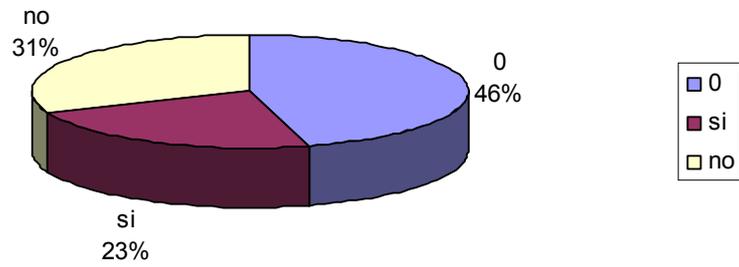


Fuente: Instituto Nacional de Perinatología

Al preguntarle a las mujeres si consideraban que los tratamientos dentales pueden dañar su salud o la de su bebé 45.6% no contesto, 31.1% cree que los tratamientos dentales no dañan su salud o la de su bebe mientras que el restante 23.3 % cree que si daña su salud o la de su bebe. (Grafica 9)

Gráfica 9.

¿Cree que algun tratamiento dental pueda dañar su salud o la de su bebe?



Fuente: Instituto Nacional de Perinatología

8. CONCLUSIONES

El trabajo realizado con las mujeres embarazadas nos permitió establecer algunos criterios con los cuales podemos decir que las creencias y actitudes que tienen las mujeres gestantes intervienen directamente en la disponibilidad de cada una de ellas en recibir tratamientos bucales, además de que a pesar de las múltiples campañas de promoción a la salud bucal que han llevado a cabo instituciones publicas y privadas dirigidas a este grupo de la población, aun falta realizar algún plan o programa más directo o de mayor impacto poblacional, que pueda de alguna manera frenar con la serie de creencias que hay con respecto al embarazo y la salud bucal.

De igual manera nos dimos cuenta de la poca relación interdisciplinaria que existe entre el médico ginecobstetra y el cirujano dentista ya que los resultados nos demostraron que ellos no remiten a las embarazadas a los servicios de salud bucal y por su parte la misma embarazada no lo solicita ni lo comenta, teniendo la mayor responsabilidad el gremio médico ya que en ellos esta depositada la confianza que le concierne a la salud en general incluyendo la misma salud bucal en un primer acercamiento.

Con lo que respecta a la creencia de que los tratamientos dentales afectan la salud de la mujer embarazada y la de su producto nos dimos cuenta que esta creencia es altamente determinante en la actitud de la embarazada ante los tratamientos dentales, aunado a esto factores sociales, de salud, y psicológicos. De ahí la necesidad de replantear la posibilidad de realizar mas y mejores campañas dirigidas a la mujer embarazada.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Joven Maried J. Diccionario de Medicina, Editorial Marin, Barcelona España 1990
2. Martin L. Pernoll Diagnostico y tratamiento ginecoobstetricos Manual moderno 6ª edición.
3. Guyton A, Hall JE. Tratado de fisiología médica. Tomo IV. Philadelphia: Interamericana;1998.p.1120-1140.
4. Moore Keith L. Embriologia Clinica, 4ta edición Editorial, Interamericana, 1989.
5. Gay Zarate O. Castellanos J.L, Embarazo en odontología, Revista de la ADM Vol. LXII No. 3 2005, p.p. 116-119.
6. Ressler-Maerlender J. Oral health during pregnancy: current research, J womens health, 2005 Dec; 14 (10) 880:2
7. Guncu GN. Effects of endogenous sex hormones on the periodontium, review of literature. Aust dent J. 2005 Sep. 50(3): 138-45
8. Tucker R. Periodontitis and pregnancy, J R Soc Health 2006 Jan; 126(1) 24-7
9. Machuca G The influence of general health and socio-cultural variables on the periodontal condition of pregnant women J. Periodontal 1999 Jul; 70(7) 779-85
10. Lindow S.W., Nixon C, Hill, The incidence of maternal dental treatment during pregnancy, J Obstet Gynaecol, 1999 Mar; 19 (2) 130-1
11. Diaz Romero R.M. Carrillo Cárdenas M. Cols. Actitudes que influyen en la demanda de servicios odontológicos durante la gestación. Rev. ADM. Vol LVIII No. 2 Marzo Abril 2001, pp. 68-73.
12. Villanueva L.A. El embarazo desde una perspectiva farmacológica, Rev. Hosp. Gral. Dr. M. Gea González, Vol. 4, 1,2, Enero a Marzo del 2001.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

14. Díaz Romero R.M. Aguilar Figueroa V. Estrés y embarazo Revista de la ADM Vol. LVI no. 1, Enero-Febrero 1999.
15. Diccionario de la Real Academia de la Lengua 2004.
16. Al Habashneh r, Guthmiller , Factors related to utilization of dental services during pregnancy. J clin periodontal, 2005 jul; 32(7): 815-21
17. "Actitud." Microsoft® Encarta® 2006 [DVD]. Microsoft Corporation, 2005.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE ODONTOLOGIA**



CUESTIONARIO SOBRE CREENCIAS Y ACTITUDES

Fecha: 14 / marzo / 2006

Instrucciones: Por favor marque con una "X" la respuesta que refleje lo que usted piensa que es correcto.

1. ¿En qué rango de edad te encuentras?

a. Menos de 17 años.	b. 18 a 25 años.	c. 26 a 36 años	d. 36 a 45 años	e. 46 años ó más.
-----------------------------	-------------------------	------------------------	------------------------	--------------------------

2. ¿En qué trimestre del embarazo te encuentras actualmente?

a. 1 ^{er} trimestre	b. 2 ^{do} trimestre.	c. 3 ^{er} trimestre.	d. No sé
-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------

3. ¿Cuál es su último grado de estudios?

a. Ninguno	b. Primaria	c. Secundaria	d. Preparatoria	e. Licenciatura
f. Carrera Técnica	g. Otra			

4. ¿Usted presenta actualmente algún problema con sus dientes?

a. SI	b. NO
--------------	--------------

5. ¿Usted presenta actualmente algún problema con sus encías?

En caso de SI siga el orden de las preguntas, en caso de NO esto es todo gracias

a. SI	b. NO
--------------	--------------

7. ¿Usted le ha informado de esto a su ginecólogo o médico familiar?

a. SI	b. NO
--------------	--------------



8. ¿Su ginecólogo o médico familiar la ha remitido a consulta dental?

a. SI	b. NO
-------	-------

6. ¿A qué factor o factores le atribuye el sangrado de sus encías?

a. Anemia.	b. Hormonas	c. Caries	d. Mal cepillado de dientes	e. Otros
f. No presento sangrado de encías	g. No se			

7. ¿Cree usted que los tratamientos dentales puedan dañar su salud o la de su bebe?

a. SI	b. NO
-------	-------

8. ¿Cuál cree usted es la posible causa que le atribuye un posible daño o efecto negativo sobre su bebe?

a. Anestésicos usados en el tratamiento	b. Rayos X.	c. Estrés.	d. Medicamentos.	e. Ninguna (No hay daño)
f. No sabe.				

9. ¿Durante su embarazo ha recibido algún tratamiento dental?

a. SI	b. NO
-------	-------

10. ¿El cepillado dental le causa alguna molestia?

a. SI	b. NO
-------	-------

11. ¿El cepillado dental causa o aumenta el reflejo de nauseas en su persona?

a. SI	b. NO
-------	-------

Firma de autorización